

## Thông tin về Yêu Cầu Truy Cập Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (Protected Health Information, PHI) của Quý Vị

### Quyền truy cập thông tin sức khỏe của tôi có nghĩa là gì?

Quý vị hoặc người đại diện cá nhân của quý vị có quyền kiểm tra, xem xét hoặc lấy bản sao thông tin được Các Chương Trình Providence Medicare Advantage lưu giữ trong bộ hồ sơ được chỉ định (designated record set, DRS) theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế (Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”) năm 1996. Bộ hồ sơ được chỉ định là một nhóm các hồ sơ được duy trì và sử dụng bởi hoặc cho chương trình của quý vị, bao gồm một số hồ sơ nhất định được sử dụng để đưa ra các quyết định về quý vị với tư cách là hội viên. DRS có thể bao gồm các hồ sơ liên quan đến việc ghi danh, yêu cầu thanh toán, quản lý trường hợp, quản lý y tế hoặc quản lý sử dụng.

### Tôi cần hiểu điều gì để có thể sử dụng quyền này?

- Việc quý vị truy cập vào hồ sơ của mình có thể có các giới hạn pháp lý, chẳng hạn như liên quan đến thông tin sức khỏe không thuộc phạm vi quyền truy cập thông tin theo HIPAA.
- Quý vị không có quyền truy cập PHI nằm ngoài bộ hồ sơ được chỉ định.
- Quý vị có thể không có quyền nhận tất cả PHI của mình. Ví dụ: quý vị sẽ không nhận được thông tin chẳng hạn như ghi chú trị liệu tâm lý hoặc thông tin được biên soạn với dự đoán hợp lý hoặc để sử dụng trong một vụ kiện dân sự, hình sự hoặc hành chính hoặc thủ tục tiến hành tố tụng.
- Các cuộc gọi sẽ được ghi âm chỉ nhằm mục đích đảm bảo chất lượng và đào tạo. Các Chương Trình Providence Medicare Advantage không bắt buộc phải phiên âm hoặc thực hiện một cuộc gọi được ghi âm.
- Các Chương Trình Providence Medicare Advantage sẽ thực hiện những nỗ lực hợp lý để lập bộ hồ sơ được chỉ định ở định dạng được quý vị yêu cầu. Tuy nhiên, nếu Các Chương Trình Providence Medicare Advantage không thể sẵn sàng lập bộ hồ sơ ở định dạng được yêu cầu, thì chúng tôi sẽ thiết lập một giải pháp thay thế mà các bên cùng đồng ý.
- ***Yêu cầu này là để truy cập vào hồ sơ Các Chương Trình Providence Medicare Advantage của quý vị. Nếu quý vị yêu cầu quyền truy cập vào hồ sơ y tế/lâm sàng/nhà cung cấp của mình, quý vị sẽ cần liên hệ với văn phòng nhà cung cấp của mình và tạo một yêu cầu về hồ sơ riêng biệt.***
- **Kháng Cáo và Khiếu Nại:** quý vị có thể yêu cầu cung cấp miễn phí một bản sao của tài liệu do Các Chương Trình Providence Medicare Advantage thu thập/tạo lập để giải quyết kháng cáo hoặc khiếu nại, bằng cách gọi cho ban Dịch Vụ Khách Hàng theo số điện thoại miễn phí ghi trên thẻ ID HealthCare thuộc Các Chương Trình Providence Medicare Advantage của quý vị.
- Nếu quý vị đang yêu cầu quyền truy cập cho trẻ vị thành niên, luật pháp liên bang và tiểu bang có thể cấm Các Chương Trình Providence Medicare Advantage thực hiện hành động theo bất kỳ yêu cầu nào về thông tin liên quan đến các dịch vụ nhạy cảm trừ khi được ủy quyền bằng văn bản từ hội viên là trẻ vị thành niên.

### Việc này sẽ khiến tôi phải chịu bao nhiêu chi phí?

- Hồ sơ được cung cấp miễn phí.

## Làm thế nào để tôi biết liệu yêu cầu của mình có được xử lý hay không?

Các Chương Trình Providence Medicare Advantage cam kết phản hồi nhanh chóng các yêu cầu của hội viên. Các Chương Trình Providence Medicare Advantage sẽ tuân thủ luật pháp liên bang và tiểu bang hiện hành, trong đó có thể yêu cầu thời gian phản hồi nhanh hơn. Nếu vì bất kỳ lý do nào mà chúng tôi không thể phản hồi trong khung thời gian tiêu chuẩn, chúng tôi sẽ đưa ra lời giải thích bằng văn bản cho sự chậm trễ. Xin lưu ý rằng trong một số trường hợp nhất định, yêu cầu của quý vị có thể bị từ chối. Nếu điều này xảy ra, chúng tôi sẽ thông báo cho quý vị bằng văn bản và cho quý vị biết liệu quý vị có thể kháng cáo quyết định của chúng tôi hay không và kháng cáo bằng cách nào.

## Tôi phải gửi yêu cầu về quyền truy cập của mình đến đâu?

Vui lòng điền và ký vào Phiếu Yêu Cầu Truy Cập Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI) của Hội Viên đính kèm và gửi lại cho Các Chương Trình Providence Medicare Advantage theo địa chỉ:

<b>Bưu điện:</b>	<b>Fax:</b>	<b>Gửi Trực Tiếp:</b>
Các Chương Trình Providence Medicare Advantage Attn: Ban Dịch Vụ Khách Hàng PO Box 5548 Portland Oregon 97228-5548	503-574-8608	Các Chương Trình Providence Medicare Advantage 3601 SW Murray Boulevard Beaverton, Oregon, 97005 <i>Sử dụng lối vào chính tại SW Murray Boulevard</i>

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc quan ngại nào khác, quý vị có thể liên hệ với Đội Ngũ Dịch Vụ Khách Hàng của Chương Trình Providence Medicare Advantage theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340.

Nếu quý vị bị khiếm thính và sử dụng một Thiết Bị Điện Thoại Đánh Máy (TTY), vui lòng gọi cho đường dây TTY của chúng tôi theo số 711. Bộ phận hỗ trợ Dịch Vụ Khách Hàng luôn sẵn sàng giải đáp các thắc mắc, bảy ngày trong tuần, từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. (Giờ Thái Bình Dương).

Trân trọng,

Các Chương Trình Providence Medicare Advantage

Phần đính kèm (phiếu): Yêu Cầu Truy Cập Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI) Của Hội Viên

## Member Request to Access Protected Health Information (PHI)

### Yêu Cầu Truy Cập Thông Tin Sức Khỏe Được Bảo Vệ (PHI) Của Hội Viên

Use this form to request a copy of your PHI in a Designated Record Set that Providence Medicare Advantage Plans or one of its Business Associates maintains. If you need assistance completing the form, please contact the Providence Medicare Advantage Plans Customer Service number listed on your member identification card. Please complete all the fields on this form.

Sử dụng phiếu này để yêu cầu bản sao PHI của quý vị trong Bộ Hồ Sơ Được Chỉ Định mà Các Chương Trình Providence Medicare Advantage hoặc một trong các Đối Tác Kinh Doanh của chương trình lưu giữ. Nếu quý vị cần hỗ trợ hoàn thành phiếu, vui lòng liên hệ với ban Dịch Vụ Khách Hàng của Các Chương Trình Providence Medicare Advantage theo số điện thoại ghi trên thẻ nhận dạng hội viên của quý vị. Vui lòng điền vào tất cả các trường trong phiếu này.

PART A: MEMBER INFORMATION		
PHẦN A: THÔNG TIN HỘI VIÊN		
Member Last Name Họ của Hội viên	Member First Name Tên của Hội viên	Middle Initial Tên đệm Viết tắt
Member Date of Birth Ngày sinh của Hội viên	Member ID Number (See your member ID card) Số ID Hội Viên (Xem thẻ ID hội viên của quý vị)	Group Number (See your member ID card) Số Nhóm (Xem thẻ ID hội viên của quý vị)
Member Street Address Địa Chỉ Đường Phố của Hội Viên	City and State Thành Phố và Tiểu Bang	ZIP Code Mã ZIP

PART B: DELIVERY OF THE REQUESTED INFORMATION
PHẦN B: GỬI THÔNG TIN YÊU CẦU

I request to review protected health information (PHI) about me in a designated record set held by Providence Medicare Advantage Plans. By checking the appropriate box below, I am indicating who should receive my information.

Tôi yêu cầu xem xét thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) về tôi trong bộ hồ sơ chỉ định do Các Chương Trình Providence Medicare Advantage lưu giữ. Bằng cách đánh dấu vào ô thích hợp bên dưới, tôi cho biết đối tượng sẽ nhận được thông tin của tôi.

(select only one)/(chỉ chọn một mục)

- Me at the address listed above/Tôi ở địa chỉ được liệt kê bên trên
- Electronic or in-person pick-up, as indicated in Part C/Nhận theo phương thức điện tử hoặc trực tiếp, như được nêu trong Phần C
- Send my PHI to the designated third party/Gửi PHI của tôi đến bên thứ ba được chỉ định:

Name Tên	Address Địa Chỉ	
City and State Thành Phố và Tiểu Bang	Zip Code Mã Zip	Phone Number Số Điện Thoại

**PART C: FORMAT/MANNER OF THE REQUESTED INFORMATION**

**PHẦN C: ĐỊNH DẠNG/PHƯƠNG THỨC CỦA THÔNG TIN ĐƯỢC YÊU CẦU**

By checking the appropriate box below, I am indicating the format/manner I wish to receive/review my information. (Warning: Some level of risk may be associated with sending your PHI via unencrypted email or by mail, as your records could be accessed and read by an unauthorized third party.)

Bằng cách đánh dấu vào ô thích hợp bên dưới, tôi cho biết định dạng/phương thức mà tôi muốn nhận/xem xét thông tin của mình. (Cảnh báo: Việc gửi PHI của quý vị qua email không được mã hóa hoặc qua đường bưu điện có thể tồn tại rủi ro ở một mức độ nhất định, vì hồ sơ của quý vị có thể bị truy cập và đọc bởi một bên thứ ba không được ủy quyền).

(select only one)/(chỉ chọn một mục)

- Send paper copies of my records via US certified mail./Gửi bản sao hồ sơ của tôi ở dạng giấy qua thư bảo đảm của Hoa Kỳ.
- Send electronic copy of my records via email. *Note: Information will be sent via secure (encrypted) email unless otherwise specified.*/Gửi bản sao hồ sơ của tôi ở dạng điện tử qua email. *Lưu ý: Thông tin sẽ được gửi thông qua email bảo mật (được mã hóa) trừ khi có chỉ định khác.*

Email address: \_\_\_\_\_ Initial if you wish email sent unencrypted: \_\_\_\_\_  
 Địa chỉ email: \_\_\_\_\_ Ký tắt nếu quý vị muốn email được gửi mà không mã hóa: \_\_\_\_\_

- I want to pick up my records in person during regular business hours at the Providence Medicare Advantage Plans Beaverton office. I understand that I (or my personal representative) will be contacted to make arrangements./Tôi muốn nhận trực tiếp hồ sơ của mình trong giờ làm việc bình thường tại văn phòng Beaverton của Các Chương Trình Providence Medicare Advantage. Tôi hiểu rằng tôi (hoặc người đại diện cá nhân của tôi) sẽ được liên hệ để sắp xếp.
- I want to view my records in person. I understand that I (or my personal representative) will be contacted to make arrangements./Tôi muốn xem trực tiếp hồ sơ của mình. Tôi hiểu rằng tôi (hoặc người đại diện cá nhân của tôi) sẽ được liên hệ để sắp xếp.

**PART D: DETAILS OF PHI REQUEST**

**PHẦN D: THÔNG TIN CHI TIẾT VỀ YÊU CẦU PHI**

I am requesting the protected health information (PHI) contained in the following records. (Please check the specific items you are requesting.)

Tôi đang yêu cầu thông tin sức khỏe được bảo vệ (PHI) có trong các hồ sơ sau đây. (Vui lòng đánh dấu vào các mục cụ thể mà quý vị đang yêu cầu).

- Enrollment & Eligibility Information/Thông Tin Ghi Danh & Tính Đủ Điều Kiện**

Date(s) of Enrollment/(Các) Ngày Ghi Danh: \_\_\_\_\_

Details of Request/Thông Tin Chi Tiết về Yêu Cầu: \_\_\_\_\_

**Claims Information, including Pharmacy (Summary of claims paid or denied)/Thông Tin Yêu Cầu Thanh Toán, bao gồm cả Nhà Thuốc (Bản tóm tắt các yêu cầu thanh toán đã được chi trả hoặc bị từ chối)**

*(This does not include information on claims received but not yet processed – if you would like the status of those claims you may call Customer Service at the toll-free number listed on your HealthCare ID card.)*

*(Trong đây không bao gồm thông tin về các yêu cầu thanh toán đã nhận nhưng chưa xử lý - nếu muốn biết trạng thái của những yêu cầu thanh toán đó, quý vị có thể gọi cho ban Dịch Vụ Khách Hàng theo số điện thoại miễn phí ghi trên thẻ ID HealthCare của mình.)*

Date(s) of Service/(Các) Ngày cung cấp Dịch Vụ: \_\_\_\_\_

Provider(s)/(Các) Nhà Cung Cấp: \_\_\_\_\_

Details of Request/Thông Tin Chi Tiết về Yêu Cầu: \_\_\_\_\_

**Case or Medical or Utilization Management Information (Prior Authorization)/Thông Tin Quản Lý Trường Hợp hoặc Y Tế hoặc Sử Dụng (Cho Phép Trước)**

Date(s) of Service/(Các) Ngày cung cấp Dịch Vụ: \_\_\_\_\_

Provider(s)/(Các) Nhà Cung Cấp: \_\_\_\_\_

Details of Request/Thông Tin Chi Tiết về Yêu Cầu: \_\_\_\_\_

**Customer Service Inquiry (CSI)/Truy Vấn Dịch Vụ Khách Hàng (Customer Service Inquiry, CSI)**

Date(s) of Service/(Các) Ngày cung cấp Dịch Vụ: \_\_\_\_\_

Details of Request/Thông Tin Chi Tiết về Yêu Cầu: \_\_\_\_\_

**Mental Health (Summary of claims paid or denied – Note: If you check this box, please initial mental health below)/Sức Khỏe Tâm Thần (Tóm tắt yêu cầu thanh toán đã trả hoặc bị từ chối – Ghi chú: Nếu quý vị đánh dấu vào ô này, vui lòng ký tắt vào mục sức khỏe tâm thần bên dưới)**

Date(s) of Service/(Các) Ngày cung cấp Dịch Vụ: \_\_\_\_\_

Provider(s)/(Các) Nhà Cung Cấp: \_\_\_\_\_

Details of Request/Thông Tin Chi Tiết về Yêu Cầu: \_\_\_\_\_

I specifically authorize the release of the following sensitive information (if such are part of my record). I understand the following information will only be disclosed if I place my initials in the space next to the requested information. \*I understand my alcohol/substance abuse records are protected under Federal and State confidentiality laws and regulations and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the laws and regulations.

Tôi ủy quyền cụ thể việc tiết lộ thông tin nhạy cảm sau đây (nếu đó là một phần trong hồ sơ của tôi). Tôi hiểu rằng thông tin sau đây sẽ chỉ được tiết lộ nếu tôi ký tắt tên của mình vào khoảng trống bên cạnh thông tin được yêu cầu. \*Tôi hiểu rằng các hồ sơ về việc lạm dụng rượu bia/chất kích thích của tôi được bảo vệ theo luật và quy định về tính bảo mật của Liên Bang và Tiểu Bang và không thể được tiết lộ nếu không có sự chấp thuận bằng văn bản của tôi trừ khi có quy định khác trong các luật và quy định.

(Initial all that apply)/(Ký tắt tất cả các mục phù hợp)

\_\_\_\_\_ AIDS or HIV/AIDS hoặc HIV

\_\_\_\_\_ \*Alcohol/Drug/Substance Abuse  
(Diagnosis, treatment, or referral  
information)/\*Lạm Dụng Rượu Bia/Ma  
Túy/Chất Kích Thích (Thông tin chẩn đoán,  
điều trị hoặc giới thiệu)

\_\_\_\_\_ Genetic Information (services or  
tests)/Thông Tin Di Truyền (dịch vụ hoặc xét  
nghiệm)

\_\_\_\_\_ Maternity/Pregnancy (Reproductive  
Health)/Thai Sản/Mang Thai (Sức Khỏe Sinh  
Sản)

\_\_\_\_\_ Mental Health Data and Records/Dữ  
Liệu và Hồ Sơ Sức Khỏe Tâm Thần

\_\_\_\_\_ Sexually transmitted illness/disease  
(testing and treatment)/Bệnh lây truyền qua  
đường tình dục (xét nghiệm và điều trị)

Other Information/Thông Tin Khác

Date(s) of Service/(Các) Ngày cung cấp Dịch Vụ: \_\_\_\_\_

Provider(s)/(Các) Nhà Cung Cấp: \_\_\_\_\_

Details of Request/Thông Tin Chi Tiết về Yêu Cầu: \_\_\_\_\_

**PART E: MEMBER SIGNATURE AND DATE**

**PHẦN E: CHỮ KÝ CỦA HỘI VIÊN VÀ NGÀY**

\_\_\_\_\_  
Member Signature/Chữ Ký của Hội Viên

\_\_\_\_\_  
Date/Ngày

**- OR -/ - HOẶC -**

\_\_\_\_\_  
Member's Designated Legal Representative/Guardian Signature  
Chữ Ký của Người Đại Diện/Người Giám Hộ Hợp Pháp Được Chỉ Định  
Của Hội Viên

\_\_\_\_\_  
Date/Ngày

Relationship to Member:  Parent  Legal guardian\*  Holder of Power of Attorney\*  
Mối quan hệ với Hội viên:  Phụ Huynh  Người giám hộ hợp pháp\*  Người Nắm Giữ  
Giấy Ủy Quyền\*

**\*If this form is signed by someone other than the member or parent, please attach legal documentation if you are the Legal Guardian or Holder of Power of Attorney.**

**\*Nếu phiếu này có chữ ký của một người khác không phải là hội viên hoặc phụ huynh, vui lòng đính kèm tài liệu pháp lý nếu quý vị là Người Giám Hộ Hợp Pháp hoặc Người Nắm Giữ Giấy Ủy Quyền.**

*Note to parents/legal guardians of minors: State laws may prohibit Providence Medicare Advantage Plans from acting on your request about Sensitive Information without written authorization from the minor member (both parent and minor must sign.)*

*Lưu ý dành cho phụ huynh/người giám hộ hợp pháp của trẻ vị thành niên: Luật pháp tiểu bang có thể cấm Các Chương Trình Providence Medicare Advantage thực hiện hành động theo yêu cầu của quý vị về Thông Tin Nhạy Cảm mà không có ủy quyền bằng văn bản của hội viên là trẻ vị thành niên (cả phụ huynh và trẻ vị thành niên phải ký tên).*